



STUDENT GRANT
AND
EXPENSE VERIFICATION

CASE NAME	CASE NUMBER
COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)	DATE

SECTION 1: TO BE COMPLETED BY DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)

FINANCIAL SERVICES SPECIALIST NAME	TELEPHONE NUMBER
------------------------------------	------------------

CLIENT NAME AND ADDRESS

SECTION 2: TO BE COMPLETED BY STUDENT

STUDENT NAME (PLEASE PRINT)	SOCIAL SECURITY NUMBER	NAME OF SCHOOL
-----------------------------	------------------------	----------------

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យសាលាដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការរៀនសូត្ររបស់ខ្ញុំទៅឱ្យក្រសួង DSHS ក្រសួងរ៉ាកការងារធ្វើ (ESD) ហើយនិង នាយកដ្ឋានខាងហ្វឹកហ្វឺនៃវិជ្ជាជីវៈ(DVR)។ ព័ត៌មានដែលត្រូវការមានដូចជា អាហារូបករណ៍ ថ្លៃចំណាយលើការសិក្សា មុខវិជ្ជាសិក្សា ព័ត៌មានអំពី វត្តមាននៅសាលា ហើយនិងរបាយការណ៍អំពីពិន្ទុសិក្សា។ ក្រសួង DSHS ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីកំណត់សំណើចំណូលសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានជំនួយ សំណើ (PA) និង/ឬជំនួយខាងបណ្ណអាហារ(FS) ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ហើយក្រសួងចំណូលនិងព័ត៌មាននេះអាចបញ្ជូនទៅក្រសួង ESD ដែរ ដើម្បី គេសំរេចពីថវិការដ្ឋាករជំនួយ JOBS ឬ FIP។ ម្យ៉ាងទៀតគេក៏អាចឱ្យក្រសួងចំណូលនិងព័ត៌មាននេះទៅខាង DVR ផងដែរ ដើម្បីឱ្យខាងនោះយកទៅគិត សំរេចពីលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំសំរាប់ទទួលបានជំនួយហ្វឹកហ្វឺនៃវិជ្ជាជីវៈ។

សាលាត្រូវការពេលវេលាចំនួន១០ថ្ងៃដើម្បីបញ្ចប់លិខិតនេះ។ សូមដាក់ភ្ជាប់ក្រដាសចម្លងពីអាហារូបករណ៍ ដែលអ្នកបានទទួលជា មួយនិងលិខិតនេះ ហើយផ្ញើវាមកកាតាបាលយប់រំសហគមន៍វិញ។ រក្សាក្រដាសចម្លងសំរាប់ទុកជាឯកសារផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក។

STUDENT SIGNATURE	DATE
-------------------	------

SECTION 3: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL

Student is: ☐ Undergraduate; ☐ Graduate. Student attends: ☐ less than 1/2 time; ☐ 1/2 time or greater.

Period for which award and expenses cover: _____ through _____
MONTH/YEAR MONTH/YEAR

Award funds are issued each: ☐ Quarter ☐ Semester ☐ Other (Specify): _____

The following costs were used in budgeting the student's financial aid award. NOTE: Please consider the student's child care needs when establishing the financial aid need.

1. Total Financial Award:		\$
2. Tuition and fees:	\$	
3. Books and supplies:	\$	
4. Transportation:	\$	
5. Miscellaneous personal expenses:	\$	
6. Sub-total Expenses: (For ESD work programs) (Add lines 2 thru 5)	\$	
7. Dependent care expenses: (For PA/FS programs)	\$	
8. Total Attendance Expenses: (For PA/FS Programs) (Add lines 6 + 7)	\$	
9. Total Financial Award Available: (For PA/FS Programs) (Subtract line 8 from line 1)		\$
FINANCIAL AID REPRESENTATIVE SIGNATURE	TELEPHONE NUMBER	DATE